



Mądry Polak po szkodzie, czyli co dalej z polską kardiologią inwazyjną?

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W dniu 29 kwietnia 2016 roku Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) opublikował do konsultacji społecznych projekt nowych taryf świadczeń w odniesieniu do wybranych świadczeń gwarantowanych w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie kardiologii inwazyjnej, w tym interwencyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych oraz opieka kompleksowej nad pacjentem po zawale serca — z terminem zgłaszania uwag wynoszącym 7 dni roboczych. Mimo iż stało się to w piątek po południu, przed długim weekendem majowym, to już w następnych dniach w środowisku medycznym zawrzało! Nic dziwnego, skoro proponowana obniżka wycen wybranych procedur kardiologii inwazyjnej i elektroterapii sięga 40–60%. Zarząd Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK) nie pozostał bierny i, działając w porozumieniu z Prezesem PTK oraz Przewodniczącym Sekcji Rytmu Serca PTK, natychmiast włączył się aktywnie w proces konsultacji społecznych. W dniu 9 maja 2016 roku przestaliśmy na ręce Prezesa AOTMiT oficjalną opinię Zarządu AISN PTK na temat projektu, zwracając uwagę na szereg wątpliwości dotyczących zarówno metodyki liczenia kosztów procedur przez AOTMiT, jak również wiarygodności i reprezentatywności danych źródłowych wykorzystanych w procesie ustalania nowych taryf. Wskazaliśmy również na liczne zagrożenia dla codziennego funkcjonowania ośrodków kardiologicznych w Polsce po ewentualnym wejściu w życie nowych taryf w zaproponowanej formie z dniem 1 stycznia 2017 roku. Ponieważ podobne wątpliwości zgłaszane były także za pośrednictwem mediów przez przedstawicieli wielu podmiotów publicznych i niepublicznych realizujących świadczenia oraz liczne grono wybitnych polskich kardiologów, Prezes AOTMiT zwrócił się do wszystkich stron uczestniczących w publicznej debacie o przedstawienie wyliczeń rzeczywistych kosztów procedur, które leżą u podstaw zgłaszanych przez nich wątpliwości i protestów. W ciągu kilkunastu dni intensywnej pracy Zarząd AISN PTK uzyskał i pod-

*„Ciesz mi ten rym: »Polak mądr po szkodzie«,
Lecz jeśli prawda i z tego nas zbodzie,
Nową przypowieść Polak sobie kupi,
Że i przed szkodą, i po szkodzie głupi”.*

*Jan Kochanowski,
Pieśni, Księgi Wtórne, Pieśń 5*

sumował dane kosztowe z 52 ośrodków kardiologii inwazyjnej w Polsce. Wyniki tej analizy utwierdziły nas w przekonaniu, że w przypadku większości procedur zaproponowane nowe taryfy odbiegają rażąco od rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez poszczególnych świadczeniodawców. Dotyczy to w szczególności procedur interwencyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Wyniki naszych obliczeń wraz z odpowiednim komentarzem przesłaliśmy w dniu 6 czerwca 2016 roku na ręce Prezesa AOTMiT, do wiadomości Ministra Zdrowia. Równolegle za pośrednictwem mediów staraliśmy się informować społeczeństwo o zaistniałej sytuacji oraz prostować liczne nieprawdziwe opinie na temat kardiologii inwazyjnej i kardiologów inwazyjnych, wyrażane zarówno przez urzędników państwowych, jak również przedstawicieli szeroko rozumianego środowiska medycznego. A były to często opinie bardzo krzywdzące, niezgodne z faktami i rysujące wizję przyszłości przyprawiającą nawet największych optymistów o gęsą skórę.

Pozwólcie, że zacytuję tylko kilka z najbardziej drastycznych poglądów: 1) „zaoszczędzony dzięki obniżkom procedur kardiologicznych miliard złotych (czyli prawie 1/3 całego budżetu na leczenie szpitalne w zakresie kardiologii), bez żadnego uszczerbku dla jakości opieki kardiologicznej pozwoli uratować wiele innych dziedzin medycyny, które obecnie cierpią niedolę nie z powodu zbyt niskich nakładów na opiekę zdrowotną w naszym kraju, tylko z powodu zbyt wysokiego finansowania kardiologii”, 2) „zamknięcie 50% pracowni w Polsce nie będzie stanowiło żadnego problemu dla skuteczności i wyników leczenia zawału serca, gdyż tych pracowni jest po prostu o połowę za dużo”, 3) „należy zwiększyć finansowanie zachowawczego leczenia ostrych zespołów wieńcowych, gdyż procedury te są wycenione zbyt nisko a leczenie interwencyjne jest przeszacowane”, 4) „kardiologowie inwazyjni wykonują niepotrzebne zabiegi, wszczepiają pacjentom stenty bez wskazań, a dobre wyniki leczenia zawału serca są całkowicie niweczone przez wysoką śmiertelność po wypisie ze szpitala”.

Co więcej, w dniu 10 czerwca 2016 roku na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) ukazał się komunikat w sprawie przekazania do opiniowania projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne. Najważniejsze zmiany w projekcie, to: obniżenie wyceny wybranych procedur kardiologii inwazyjnej, zniesienie Nielimitowanego rozliczania procedur w niestabilnej dusznicy bolesnej oraz zwiększenie wyceny dla wybranych procedur kardiologicznych w zakresie leczenia zachowawczego. Co najważniejsze, nowe zmiany miały wejść w życie już od 1 lipca 2016 roku. Również w tej sprawie Zarząd AISN PTK zajął oficjalne stanowisko,

opowiadając się za wstrzymaniem realizacji zarządzenia, przeprowadzeniem ponownej rzetelnej analizy kosztów procedur kardiologicznych oraz pilnym rozpoczęciem prac nad reformą finansowania opieki kardiologicznej w Polsce w ramach Programu Kardiologia 2017 plus. Zgłosiliśmy przy tym pełną gotowość współpracy ze strony PTK z Ministerstwem Zdrowia, AOTMiT oraz NFZ. Niestety, nasze argumenty nie zostały w pełni wysłuchane, gdyż NFZ zdecydował się na publikację zarządzenia i wprowadzenie proponowanych przez siebie zmian taryf. Udało nam się natomiast przekonać Prezesa NFZ do utrzymania Nielimitowanego rozliczania procedur interwencyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych pod postacią niestabilnej dusznicy bolesnej, według aktualnych zaleceń ESC/PTK z 2015 roku. Mimo że nie udało się powstrzymać znaczącej obniżki wyceny procedur kardiologii inwazyjnej, to jednak widać pozytywne efekty naszego działania. Dzięki tym działaniom uległo także zmianie stanowisko Ministerstwa Zdrowia w wielu kluczowych kwestiach. Dzisiaj nikt już nie mówi o zmniejszaniu nakładów na leczenie kardiologiczne. Wręcz przeciwnie, Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że w najbliższych latach nakłady te powinny się znacząco zwiększyć. Nikt oficjalnie nie mówi już też o konieczności zamykania połowy pracowni. Ponadto, zarówno Minister Zdrowia, jak i Prezes NFZ na oficjalnych spotkaniach z delegacją PTK zadeklarowali otwartość i gotowość na wprowadzenie do katalogu świadczeń refundowanych ze środków publicznych nowych procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej. Zarząd AISN PTK w porozumieniu z Radą Konsultacyjną opracował i przesłał w dniu 18 lipca 2016 roku do Konsultanta Krajowego listę takich procedur. Okres wakacyjno-urlopowy nie sprzyja tak kompleksowym i poważnym działaniom proceduralnym. Liczymy jednak, że sprawa ta będzie miała szybki ciąg dalszy.

Wielu z Was zastanawia się pewnie, jaki to wszystko ma związek z Janem Kochanowskim? Otóż moim zdaniem ma! I to zasadniczy.

Na pewne przejawy braku roztropności naszego środowiska zwracałem uwagę rok temu, pisząc o konieczności odbudowy etosu kardiologa inwazyjnego w Polsce. Już wtedy wiele symptomów wskazywało na to, że jako środowisko żyjemy w nieuzasadnionym błogostanie i przeświadczeniu, że osiągnięty przez nas sukces będzie trwał wiecznie i nikt nam go nie odbierze. Wtedy nikt się specjalnie moim apelem nie przejął. No, ale nie było jeszcze szkody! Dzisiaj czytamy teksty o opływających w dostatek „tłustych kotach”, które należy odchudzić. I bynajmniej nie chodzi tutaj tylko o tak zwanych „właścicieli cathlabów”. Bo niby gdzie zarządzający podmiotami realizującymi świadczenia mogą szukać redukcji kosztów dla skompensowania zmniejszonej refundacji procedur? Praktyka uczy, że w pierwszej kolejności redukuje się zatrudnienie i obniża wynagrodzenia personelu

medycznego. Zwłaszcza że Ministerstwo Zdrowia ogłasza, że za sprzęt jednorazowy płacić będzie odrębnie. Innym przejawem braku roztropności z naszej strony jest fakt, że jako środowisko nie potrafiliśmy przekonać kolegów reprezentujących inne specjalności o prawdziwej wartości i codziennych trudach związanych z naszą działalnością lekarską. Efektem tego jest niechęć do kardiologii inwazyjnej i kardiologów inwazyjnych, ocenianych nie przez pryzmat ich codziennego zaangażowania i poświęcenia dla ratowania życia i zdrowia naszych pacjentów, ale przez pryzmat ich stanu posiadania. Swoistym przejawem i kwintesencją oceny naszej pracy są krążące o nas dowcipy, które pozwoliłem sobie zacytować przed rokiem. Nikt się nimi wtedy specjalnie nie przejął. No, ale nie było jeszcze szkody! Nie miałem żadnej satysfakcji, gdy jeden z tych dowcipów został opowiedziany przez urzędnika państwowego w randze Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia na oficjalnej konferencji prasowej w Warszawie. Znamienne było to, że większość kardiologów uczestniczących w konferencji zareagowała na dowcip z uśmiechem. Tylko Profesor Marek Dąbrowski, jako jedyny kardiolog inwazyjny, którego dopuszczono do polemiki, w emocjonalnym, ale bardzo merytorycznym wystąpieniu zaprotestował przeciwko bezpardonowemu dyskredytowaniu ogromnego dorobku polskich kardiologów inwazyjnych. Dorobku, o którym najlepiej świadczy wygłaszana publicznie przez najwyższe autorytety światowej kardiologii opinia, że jak dostać zawału serca, to najlepiej w Polsce! Inny rodzaj niefrasobliwości, o którym muszę tutaj wspomnieć, dotyczy osób zarządzających podmiotami świadczącymi usługi z zakresu kardiologii inwazyjnej. Główny argument podnoszony przez AOTMiT i Ministerstwo Zdrowia, mający świadczyć o braku współpracy świadczeniodawców w procesie ustanawiania nowych taryf, to bardzo mała liczba

ośrodków, które zdecydowały się udostępnić dane na temat rzeczywistych kosztów poszczególnych procedur. Cokolwiek by się dalej nie działo, ta sytuacja musi się radykalnie zmienić.

Trudno obecnie przewidzieć do końca dalszy rozwój wypadków. W ciągu najbliższych miesięcy szpitale zaczną odczuwać skutki lipcowej obniżki wycen procedur kardiologii inwazyjnej i elektroterapii, co zmusi je do poszukiwania realnych oszczędności. W dalszym ciągu realnie zagraża nam kolejna obniżka wyceny procedur, zgodnie z pierwotną propozycją AOTMiT. Nie wiadomo, czy i kiedy dojdzie do wprowadzenia nowych procedur kardiologicznych do katalogu świadczeń refundowanych przez NFZ, w tym programu opieki kompleksowej nad pacjentem po zawale serca. Wielką niewiadomą pozostaje planowany system zakupu sprzętu jednorazowego oparty na centralnych negocjacjach cen urzędowych i bezpośrednie finansowanie ich zakupu przez Ministerstwo Zdrowia. Nakłada się na to ogólna niepewność związana z planowaną reformą ochrony zdrowia, której założenia niedawno poznaliśmy. Pytań bez odpowiedzi rodzi się coraz więcej. Jednak jedno jest pewne. Bez natychmiastowej głębokiej refleksji naszego środowiska, wyciągnięcia wniosków z błędów popełnionych przez nas w ostatnich latach oraz pilnej konsolidacji wszystkich członków AISN PTK i podjęcia wspólnej walki o odbudowę etosu polskiego kardiologa inwazyjnego, złote lata naszej dyscypliny szybko odejdą w zapomnienie. „A w sercu pozostanie tęsknota, smutek, żal”. I z goryczą będziemy mogli cytować do końca za Janem Kochanowskim, że Polak nie tylko przed szkodą, ale i po szkodzie głupi...

Dr hab. med. Jacek Legutko, prof. UJ
Przewodniczący AISN PTK